

¿Crisis en la medicina de familia? Pensemos: ¿no se habrá equivocado alguien de profesión?

**Crisis in Family Medicine? Perhaps someone in
the profession has got it wrong?**

Sr. Director:

Hastía tanto lamento estéril entre nuestros colegas, que el reciente artículo de Álvarez Montero¹ publicado en *ATENCIÓN PRIMARIA* me ha hecho recordar.

Si bien en el artículo subyace una encomiable actitud constructiva, parte de una supuesta «mirada a la realidad» plagada de lugares comunes. Así, aunque el autor insta a «ir más allá de la queja permanente y de echar la culpa de todo a otros», su punto de vista recuerda al de los que esperan que todo les venga dado, y por tanto se quejan de «horarios interminables», «dedicación casi exclusiva a la asistencia a costa de docencia e investigación», «limitación de tiempo por paciente»... En un entorno laboral en el que contamos con el gran privilegio de poder diseñar agendas a nuestro antojo habría que considerar otra variable: ¿sabemos gestionar el tiempo?

Pero más sorprendente es la afirmación acerca del «escaso interés del contenido de la práctica cotidiana». Porque tenemos el abanico más amplio de situaciones clínicas que abordar, en las que cada uno se puede implicar en la medida de sus conocimientos y habilidades. Si se satura la agenda diaria de pacientes que consideramos que no necesitarían nuestra atención quizás sea porque no se haya hecho una adecuada labor educativa con ellos, ni se hayan fomentado suficientemente los autocuidados.

Y es que existen estilos de práctica profesional que generan esta situación. Muchos médicos, quizá desbordados por la masiva asistencia de pacientes a sus consultas, aplican lo que podríamos llamar, en un símil futbolístico, «echar balones fuera». Los pacientes son rápidamente despachados con una solicitud de exploraciones complementarias, una derivación a otro especialista o una receta de un fármaco supuestamente «específico» para el problema del paciente. En la mayor parte de los casos esto no va a resolver nada y el paciente volverá. Si además no se ha hecho una adecuada gestión de la agenda en cuanto a programación de futuras consultas, probablemente lo haga en el momento más inoportuno.

Otro estilo de práctica bastante común viene condicionado por una inadecuada formación en relación con la toma de decisiones clínicas, o por una perversión de las mismas debida a la inseguridad del profesional. Esto conduce a un exceso de solicitud de exploraciones complementarias y derivaciones, a una sobreprescripción de fármacos y, en definitiva, a una hipermedicalización de los usuarios de nuestras consultas.

Qué fácil es luego cargar las frustraciones personales en otras instancias: «los pacientes consultan por cualquier cosa», «abusan de los fármacos», o bien «el servicio de salud se limita a dar a los pacientes lo que piden».

Por supuesto que el gasto público en sanidad, en general, y en atención primaria, en particular, no es acorde al nivel de desarrollo de nuestro país. Por supuesto que deberíamos tener menos pacientes asignados y más capacidad resolutoria, con un mayor acceso a exploraciones complementarias y a ciertos tratamientos para los que no se justifica la catalogación como especialidades de uso hospitalario. Por supuesto que queda mucho por hacer para mejorar las condiciones de trabajo y dignificar la profesión.

Pero basta de tanto derrotismo y vamos a sacar el máximo partido a las posibilidades que tenemos.

Me gusta la cita inicial que se incluye en el artículo, de *Viatge a Ítaca* de Lluís Llach. Pero más me gusta el texto original de Konstantinos Kaváfis² en el que está basada, especialmente donde dice:

*Cuando salgas de viaje para Ítaca,
desea que el camino sea largo,
colmado de aventuras, de experiencias colmado.
[...]
Mantén siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Pero no tengas la menor prisa en tu viaje.*

Bibliografía

1. Álvarez Montero S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva bioética desde la práctica diaria. *Aten Primaria*. 2010;42:528-33.
2. Kaváfis K. *Poemas*. Barcelona: Seix Barral; 1994.

Francisco Escobar Rabadán

*Centro de Salud Universitario Zona IV, Facultad de
Medicina de Albacete, Albacete, España*
Correo electrónico: fjescobarr@sescam.jccm.es

doi:10.1016/j.aprim.2010.11.017

Deber de información sobre el aborto. Una cuestión de responsabilidad

**Duty to inform on abortion: a question of
responsibility**

Sr. Director:

Los médicos y las médicas de familia nunca podemos renunciar a la función social de dar información, orientación y

consejo a nuestras pacientes. Sobre cualquier problema o requerimiento de índole clínica, moral o social nuestro compromiso profesional nos obliga a evitar tanto la inhibición como la pasividad.

Agradecemos las reflexiones que realiza el Dr. Carlos de Juan en torno a nuestro papel ante una solicitud de interrupción de embarazo tras la entrada en vigor de la nueva ley del Aborto¹.

Desde un punto de vista legal se obliga explícitamente a los profesionales del Sistema Nacional de Salud a

informar a la mujer tanto de los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad como del derecho a la interrupción de embarazo a petición de la mujer o por causas médicas. Y en ningún caso el profesional puede alegar razones ideológicas para incumplir sus deberes como médico.

Desde un punto de vista moral el problema es más complejo. Introducir una dimensión ética en nuestro trabajo no es otra cosa que introducir los valores para incrementar la calidad de la atención clínica. No pensamos que hablar de valores sea molesto u ofensivo para nuestras pacientes, más bien creemos que es una de las carencias más notables en la relación clínica actual. Y atender una demanda de información, orientación o consejo sobre el aborto es poner encima de la mesa el conflicto de deberes en el que se encuentra una mujer en situación límite.

En el conflicto ético del aborto no existe la certeza moral y todos debemos tener dudas. Pero es posible ejercer nuestra función de ayuda evitando tanto la permisividad como la condena, comprendiendo los condicionantes sociales y la fragilidad emocional, aportando honestamente nuestro conocimiento sobre el proceso de desarrollo de un ser vivo, ahorrando juicios particulares de pecado o condena y transmitiendo con convicción que todas

las normas legales y morales siempre pueden tener una excepción.

Es posible exigirnos a nosotros mismos no ser neutrales y dejarnos guiar, siempre que sea posible, por la contextualización y las posibles consecuencias. De eso se trata cuando tratamos de aplicar una ética de la responsabilidad al enfrentarnos a una solicitud de interrupción de embarazo.

Bibliografía

1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Miguel Melguizo Jiménez^a, Blanca Marcos Ortega^b,
Carmen Luna Lora^b y Emilia Bailón Muñoz^{b,*}

^a *Centro de Salud Almanjáyar, Granada, España*

^b *Centro de Salud Albaicín, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebailon@gmail.es (E. Bailón Muñoz)

doi:[10.1016/j.aprim.2010.11.016](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.016)